

認定実務実習指導薬剤師更新申請書

西暦 年 月 日

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

認定実務実習指導薬剤師の更新を次のとおり申請します。なお、更新された場合、貴センターホームページ上に、氏名、認定番号、認定年月日及び勤務先施設名が掲載されることについて承諾します。

申請者氏名	ふりがな 氏名	性別	1. 男性 2. 女性
氏名ローマ字表記			
認定番号(登録年月日)	実習指導第 号	(西暦 年 月 日)	
薬剤師名簿登録(免許)番号	第 号		
自宅 (住所は都道府県から記載すること。)	住所: 〒	電話番号:	
勤務先 (現に勤務している病院・薬局店舗等を記載する。母体となる社名のみの記載は不可。所在地は都道府県から記載すること。)	名称: 部署: 所在地: 〒	電話番号:	
勤務先分類(○をつける)	病院 薬局	認定証送付先(○をつける)	勤務先 自宅

* 以下の勤務証明は、実際の申請から遡って1か月以内のものであること。

勤務証明	私は申請者 が上記記載の勤務先において薬剤師実務に従事していることを証明します。 西暦 年 月 日 署名(自筆) 所属: 職名: 所在地: 〒			
	実務実習指導実績(○をつける)	有	無	
実務実習指導状況	実務実習指導実績のある場合 (実施年度、実習生の人数、実施施設名及び実習生の所属大学名を記載する。実施回数が7以上の場合、年度ごとにまとめて記載する。実習生の所属大学が複数の場合、1つの欄につき代表1校を記載する。)	実施年度(実習生の人数)	実施施設名	実習生の所属大学名
		西暦 年度(名)		
		西暦 年度(名)		
		西暦 年度(名)		
		西暦 年度(名)		
	実務実習指導実績のない場合	裏面の記載欄に指導実績のない理由、その間の勤務状況の説明及び今後の指導見込を記載		
講習	更新講習受講日(AWSの場合はその受講日)	西暦 年 月 日		
添付書類	1. 更新講習の受講証明書(正本)又はAWS修了証(病院・薬局実務実習地区調整機構委員長によるもの:正本) 2. 履歴書(認定実務様式1-3) 3. 返信用通常はがき(認定通知書用)1枚 4. 更新申請料振込明細の写し(裏面の所定欄に貼付) * 一旦提出された書類は、更新不可の場合を除き返却いたしません。			

以下、日本薬剤師研修センター記入欄

受付年月日	西暦 年 月 日	備考
更新年月日	西暦 年 月 日	

(裏面)

更新申請料振込明細の写しの貼付位置

実務実習指導実績のない場合の理由、その間の勤務状況の説明及び今後の指導見込の記載欄
(今後の指導見込は、推定や希望を記載するのではなく、現状等に基づいて具体的に記載して下さい。)